

- FACULTE de MEDECINE de PARIS -

Année 1956

N°

**522**

T H E S E

pour le

D O C T O R A T en M E D E C I N E  
(Diplôme d'Etat)

par

R E Y Jacques

Né le 23 Décembre 1928 à FLEURANCE (Gers)

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA MIGRAINE

DIGESTIVE

INFLUENCE DU SPASME DU SPHINCTER D'ODDI,

ESSAI de TRAITEMENT.

PRESIDENT : Monsieur MOLLARET, Professeur.



- FACULTE de MEDECINE de PARIS -

Année 1956

N°  
\_\_\_\_\_

T H E S E

pour le

D O C T O R A T en M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

R E Y Jacques

Né le 23 Décembre 1928 à FLEURANCE (Gers)

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA MIGRAINE

DIGESTIVE

INFLUENCE DU SPASME DU SPHINCTER D'ODDI,

ESSAI de TRAITEMENT.

PRESIDENT : Monsieur MOLLARET, Professeur.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA40153722\\_0060](https://archive.org/details/IA40153722_0060)

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN,

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BENARD (H.), CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBER, DONZELLOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE (G.), LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, IHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER (E.), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN.....Léon BINET  
Membre de l'Institut

ASSESEUR ..... Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS

|                                                              |                            |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Anatomie .....                                               | CORDIER (G.)               |
| Anatomie pathologique .....                                  | DELA RUE (A.)              |
| Bactériologie .....                                          | N...                       |
| Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports .... | CHAILLEY-BERT (P.)         |
| Biologie médicale .....                                      | VERNE (J.)                 |
| Cancérologie médicale et sociale .....                       | N...                       |
| Carcinologie .....                                           | OBERLING (C.)              |
| Chimie médicale .....                                        | JAYLE (M.F.)               |
|                                                              | ) Hôtel-Dieu .....         |
|                                                              | ) Broussais .....          |
|                                                              | ) Salpêtrière .....        |
|                                                              | ) Cochin .....             |
| Cliniques chirurgicales ....                                 | DE GAUDART-D'ALLAINES (F.) |
|                                                              | N...                       |
|                                                              | QUENU (J.)                 |
| Clinique chirurgicale, réparatrice et Orthopédique .....     | MERLE D'AUBIGNE (R.)       |
| Clinique de cardiologie .....                                | MOUQUIN (M.)               |
| Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie .....        | FEVRE (M.)                 |
| Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire .....                | MONOD (R.)                 |
| Clinique de la tuberculose .....                             | BERNARD (E.)               |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                            | PETIT-DUTHILLAT (P.)       |
| Clinique de puériculture .....                               | LELONG (M.)                |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....        | DEGOS (R.)                 |
| Clinique des maladies du sang .....                          | CHEVALLIER (P.)            |
| Clinique des maladies du système nerveux .....               | ALAJOUANINE (T.)           |
| Clinique des maladies des enfants .....                      | DEBRE (R.)                 |
| Clinique des maladies infectieuses .....                     | MOLLARET (P.)              |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale .....       | DELAY (J.)                 |
| Clinique gynécologique .....                                 | FUNCK-BRENTANO (P.)        |
|                                                              | ) Hôtel-Dieu .....         |
|                                                              | ) Bichat .....             |
|                                                              | ) Cochin .....             |
|                                                              | ) Broussais .....          |
| Cliniques médicales .....                                    | DE GENNES (L.)             |
|                                                              | JUSTIN-BESINCON (L.)       |



|                                                                                      |                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Clinique médicale propédeutique .....                                                | PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)                                                                                 |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et des<br>maladies de la nutrition .....    | BOULIN (R.)                                                                                                |
| Cliniques obstétricales .....                                                        | <div> <div></div> <div>Tarnier .....</div> <div>Baudelocque .....</div> <div>Port-Royal .....</div> </div> |
| Clinique ophtalmologique .....                                                       | LANTUEJOUL (P.)                                                                                            |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                                              | N....                                                                                                      |
| Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires ...                          | LACOMME (M.)                                                                                               |
| Clinique psychiatrique infantile .....                                               | VELTER (E.)                                                                                                |
| Clinique rhumatologique et sociale .....                                             | AUBIN (A.)                                                                                                 |
| Clinique stomatologique .....                                                        | RICHEL (C.)                                                                                                |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                                            | HEUYER (C.)                                                                                                |
| Clinique thérapeutique médicale .....                                                | COSTE (F.)                                                                                                 |
| Clinique urologique .....                                                            | LECHAUME (M.)                                                                                              |
| Embryologie .....                                                                    | SENEQUE (J.)                                                                                               |
| Génétiqne médicale .....                                                             | LEMAIRE (A.)                                                                                               |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                                     | FEY (B.)                                                                                                   |
| Histologie .....                                                                     | GIROUD (A.)                                                                                                |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                                     | LAMY (M.)                                                                                                  |
| Hygiène et médecine préventive .....                                                 | N....                                                                                                      |
| Médecine du Travail .....                                                            | CATHALA (J.)                                                                                               |
| Médecine légale .....                                                                | JOANNON (C.)                                                                                               |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                                   | LESOILLE (H.)                                                                                              |
| Pathologie chirurgicale .....                                                        | PIEDELIEVRE (R.)                                                                                           |
| Pathologie exotique .....                                                            | GAILLARD (H.)                                                                                              |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                                           | MENEGAUX (G.)                                                                                              |
| Pathologie humorale et immunologie expérimentale<br>(chaire à titre personnel) ..... | LENEGRE (J.)                                                                                               |
| Pathologie médicale .....                                                            | MERKLEN (F.P.)                                                                                             |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                                          | BARIETY (M.)                                                                                               |
| Pédiatrie sociale .....                                                              | GARCIN (J.)                                                                                                |
| Pharmacologie et matière médicale .....                                              | MARIE (J.)                                                                                                 |
| Physico-chimie médicale (Chaire à titre personnel) .....                             | HAZARD (R.)                                                                                                |
| Physiologie .....                                                                    | DOGNON (A.)                                                                                                |
| Physique médicale .....                                                              | BINET (L.)                                                                                                 |
| Radiologie médicale .....                                                            | STROHL (A.)                                                                                                |
| Technique chirurgicale .....                                                         | DESCREZ (H.)                                                                                               |
| Thérapeutique .....                                                                  | MOULONGUET (P.)                                                                                            |
|                                                                                      | TURPIN (R.)                                                                                                |

## II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCE-AGREGES ET AGREGES.

MM.

|                |                                                                                                                                     |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anatomie ..... | <div> <div></div> <div>DELMAS (A.)</div> <div>pr.s.ch.</div> <div>DEBEYRE (J.)</div> <div>OLIVIER ( )</div> <div>N....</div> </div> |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



|                                     |                                                                                                     |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anatomie pathologique .....         | ) GAUTHIER-VILLARD (Melle P)<br>(pr. s.ch.<br>) BUSSER (F.)<br>(GOUYGOU (G.)                        |
| Bactériologie .....                 | ) NEVOT (A.)<br>(N.....                                                                             |
| Biochimie clinique .....            | ) ETTORI (J.) pr. d<br>(N.....<br>) N.....                                                          |
| Biologie médicale .....             | BOURLIERE (F.)                                                                                      |
| Dermato-Syphiligraphie .....        | DUPERLAT (F.)                                                                                       |
| Embryologie .....                   | TUCHMANN<br>) BULLIARD (H.)<br>(pr. s.ch.<br>) N.....<br>(N.....                                    |
| Histologie .....                    | N.....                                                                                              |
| Hydrologie .....                    | N.....                                                                                              |
| Hygiène .....                       | (BOYER (J.), pr.s.ch.<br>) DEPARIS (M.) pr.s;ch.                                                    |
| Maladies infectieuses .....         | N.....                                                                                              |
| Médecine légale et du travail ..... | ) DEROBERT (J.), pr.s.ch.<br>(GAULTIER (M.)<br>) HADENGUE (A.)<br>(N.....                           |
| Neurochirurgie .....                | D. VID (M.)                                                                                         |
| Neurologie .....                    | N.....                                                                                              |
| Obstétrique .....                   | ) GRASSET (J.)<br>(LEPAGE (F.)<br>) MENER (R.)<br>(MORIN (P.)<br>) RAVINA (J.)<br>(N....<br>) N.... |
| Ophthalmologie .....                | ) DESVIGNES (P.)<br>(N.....                                                                         |
| Orthopédie .....                    | JUDET (R.)                                                                                          |
| Oto-rhino-laryngologie .....        | ) AUBRY (M.)<br>(MADURO (R.)                                                                        |
| Parasitologie .....                 | ) CHABAUD (A.)<br>(N.....                                                                           |
| Pathologie chirurgicale .....       | ) ABOULKER (P.)<br>(BAUMANN (J.)<br>) GOSSET (J.)<br>(LAURENCE (G.)                                 |



|                                |                         |
|--------------------------------|-------------------------|
|                                | ) LORTAT-JACOB (J.)     |
|                                | ( OLIVIER (Cl.)         |
|                                | ) POILLEUX (F.)         |
|                                | ( VERNE (J.M)           |
| Pathologie chirurgicale .....  | ) N.....                |
|                                | ( N.....                |
|                                | ) N.....                |
|                                | ( N.....                |
|                                | ) N.....                |
|                                | ( N.....                |
|                                | ) N.....                |
|                                | ( N.....                |
| Pathologie expérimentale ..... | ) N.....                |
|                                | ( N.....                |
|                                | ) BERNARD (J.)          |
|                                | ( BOUDIN (G.)           |
|                                | ) CASTAIGNE (P.)        |
|                                | ( CONTE (M.)            |
|                                | ) DOMART (A.)           |
|                                | ( LAMOTTE (M.)          |
|                                | ) LAROCHE (Cl.)         |
|                                | ( MILLIEZ (P.)          |
| Pathologie médicale .....      | ) PEQUIGNOT (H.)        |
|                                | ( PERGAULT (M.)         |
|                                | ) RAMBERT (P.)          |
|                                | ( THIEFFRY (St.)        |
|                                | ) TURIAF (J.)           |
|                                | ( N.....                |
|                                | ) N.....                |
|                                | ( N.....                |
|                                | ) N.....                |
|                                | ( N.....                |
|                                | ) N.....                |
|                                | ( N.....                |
|                                | ) N.....                |
| Pédiatrie .....                | ) JOSEPH (R.)           |
|                                | ( N.....                |
|                                | ) N.....                |
|                                | ( CHEYMOL (J.),         |
| Pharmacologie .....            | ) pr. s.ch.             |
|                                | ( LEVY (Melle J),       |
|                                | ) pr. s.ch.             |
|                                | ( BARJETON (D.)         |
| Physiologie .....              | ) pr.s.ch.              |
|                                | ( PARROT (J.) pr.s.ch.  |
|                                | ) DEJOURS (P.)          |
| Physique médicale .....        | ) DJOURNO (L.) pr.s.ch. |
|                                | ( GOURGEROT (L.)        |
| Pneumo-Phtisiologie .....      | ) KREIS (B.)            |



|                             |                   |
|-----------------------------|-------------------|
| Psychiatrie .....           | N.....            |
| Psychiatrie infantile ..... | MICHAUX (Z.)      |
| Rhumatologie .....          | N.....            |
| Stomatologie .....          | ) CHAPUT (Mme A.) |
| Thérapeutique .....         | ( GERNEA (P.)     |
| Urologie .....              | N.....            |
|                             | KUSS (R.)         |

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGÉGES  
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE  
à titre permanent.

MM

|                                |                          |
|--------------------------------|--------------------------|
|                                | ) AMELINE (A.)           |
|                                | ( HUGUIER (J.)           |
|                                | ) LEGER (L.)             |
| Clinique chirurgicale .....    | ( PALOVANI (P.)          |
|                                | ) PATEL (J.)             |
|                                | ( ROUX (M.)              |
|                                | ) RUDLER (J.C)           |
|                                | ( SICARD (A.)            |
|                                | ) BROUET (G.)            |
|                                | ( N.....                 |
| Clinique médicale .....        | ) DECOURT (J.)           |
|                                | ( DIEYFUS (Gilbert)      |
|                                | ) FAUVERT (R.)           |
|                                | ( HAGUENAU (M.) pr.s.ch. |
| Clinique médicale .....        | ) HAMBURGER (J.)         |
|                                | ( KOURILSKY (R.)         |
|                                | ) MARCHEL (G.)           |
|                                | ( SOULIE (E.)            |
|                                | ) ESCALIE (G.)           |
| Clinique obstétricale .....    | ( MAYER (M.)             |
|                                | ) VARRANGOT (J.)         |
| Clinique ophtalmologique ..... | ) OFFRET (G.)            |
|                                | ( RENARD (G.)            |
| Clinique urologique .....      | COUVELAIRE (R.)          |

Secrétaire général de la Faculté ..... M. MOREL (J.)  
Secrétaire ..... Melle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction ..... M. le Docteur HAHN (A.)  
Conservateur ..... Melle GOICHON  
Bibliothécaires ..... ) Melles DUMAITRE (P.), LAURENT(H.),  
( LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A Monsieur le Professeur MOLLARET

Professeur de Clinique des maladies infectieuses

Médecin de l'Hôpital Claude BERNARD

Chef de Service de l'Institut Pasteur.

Qui nous fait le grand honneur  
de présider cette thèse et en témoignage  
de notre profonde reconnaissance..



A Monsieur R. DUJARRIC DE LA RIVIERE

Membre de l'Institut,

Membre de l'Académie Nationale  
de Médecine

Sous Directeur de l'Institut Pasteur.

Qui me prodigua, toujours, des encouragements si pleins de bienveillance, et fut pour moi le conseiller incomparable, et que je prie de bien vouloir accepter l'expression de ma plus respectueuse et profonde gratitude.



Au Docteur Pierre Emile ROBERT

Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph.

Dont l'érudition et les conseils m'ont été  
si précieux et que je remercie tout  
particulièrement de l'accueil si  
bienveillant qu'il m'a réservé et de  
l'aide si efficace qu'il m'a apportée  
au cours de ce travail .

En témoignage de respectueuse amitié  
et de reconnaissance.



A mes Parents,

A ma femme et à mon fils,

A mes amis,



## I N T R O D U C T I O N

Soupçonnée par ARETEE DE CAPRADOCE, la migraine doit à TROUSSEAU, CHARCOT et LASEGUE un tableau <sup>resté</sup> célèbre. En 1935, PASTEUR, VALLERY RADOT et HAMBURGER en donnèrent une étude approfondie, reprise par de nombreux auteurs.

Il faut bien admettre que son étiologie n'est pas encore parfaitement élucidée.

On parle de :

- Terrain migraineux prédisposé :

arthritisme,

hérédité,

- Facteurs psychiques, que FURMANSKI fait le plus souvent remonter à l'enfance,

- Facteurs endocriniens, qui ont soulevé de nombreuses polémiques :

l'ovaire, qui expliquerait la prédominance des migraines dans le sexe féminin (puberté, ménopause, influence de la grossesse et de la lactation, rythme des migraines imposé par celui des règles),

la thyroïde, qui semble agir moins nettement

l'hypophyse, dont le rôle paraît être très douteux.

Les causes digestives ont été souvent avancées :



Soit affections du tube digestif proprement dit;  
Soit atonie gastrique par hypomotricité et hyposécrétion;  
Soit ptose gastrique ou colique;  
Soit enfin un dysfonctionnement hépatique ou biliaire.  
Après certaines vicissitudes, la doctrine hépatique connaît un nouvel essor.

Etablie par BOUCHARD, reprise par CHIRAY, PASTEUR, VALIERY RADOT et BLAMOUTIER, DIAMOND, SEDILLOT, ETIENNE et FAROY etc ....., elle met en évidence soit une note lithiasique, soit une note hépatique.

Deux cas; d'ailleurs, sont à distinguer :

I - Migraines hépatiques, congestion du foie avec troubles digestifs;

2 - Migraines vésiculaires. Sont en cause coliques hépatiques, calculs ou atonie, signes qu'accompagnent la migraine.

En nous basant sur les travaux de notre Maître ROBERT, nous pensons qu'une des grandes causes de la migraine digestive serait l'hypertonie du sphincter d' ODDI.

Tel est le but du présent travail.

Dans les observations choisies, nous nous sommes efforcés d'éliminer au maximum les sujets présentant des troubles fonctionnels.

Nous examinerons donc successivement dans notre étude, les différents points suivants:

---



1ère Partie - DIAGNOSTIC.

I/ LE SPHINCTER D'ODDI

- Histologie
- Physiologie

II/ LA CRISE DE MIGRAINE

- Céphalées
- Migraine vagotonique
- Migraine digestive

1°/ Clinique.

- Prodromes
- La crise elle-même
- Les troubles digestifs qui l'accompagnent :
  - Nausées, vomissements,
  - Aérophagie, ballonnement,
  - Dyspepsie hépatique,
  - Constipation,
  - Douleur vésiculaire,
- Troubles de l'état général et du psychisme
- Laboratoire.

2°/ Conception de la migraine.

3°/ Moyens d'investigation paracliniques :

- Radiographie,
- Tubage minulé,
- Méthode mixte.



2<sup>ème</sup> Partie. THERAPEUTIQUE.

- Principe,

1°/ La procaine

2°/ Les cholagogues :

huile d'olive

licithines.

3°/ Conduite du traitement.

3<sup>ème</sup> Partie. OBSERVATIONS et DISCUSSION.

4<sup>ème</sup> Partie. CONCLUSION .

---



I Partie - D I A G N O S T I C

---



## LE SPHINCTER D' ODDI

### Histologie.

En 1887, ODDI découvrit chez le chien un anneau musculaire qu'il décrivit comme étant un sphincter indépendant, à l'embouchure dans le duodenum de la voie biliaire principale.

Ce sont encore ces opinions qui sont à l'heure actuelle les mieux admises, malgré celles de LETULLE et NATTAN.

Ce sphincter est marqué, à la partie inférieure du cholédoque, par un rétrécissement du canal, au niveau de son entrée dans la paroi duodénale, sur environ un centimètre de long.

Du point de vue histologique, la pièce maîtresse des voies biliaires et la papille, c'est-à-dire le bas cholédoque intra mural.

Les opinions divergent sur la constitution de l'appareil sphinctérien est à plus forte raison sur son fonctionnement.

Les faits suivants peuvent toutefois être précisés :

1°/ C'est un sphincter, d'où son importance dans les troubles fonctionnels.

A son niveau, une double action tonique s'exerce, due :

- a) l'une au système musculaire autonome,
- b) l'autre, à l'action de la paroi duodénale.

2°/ C'est une zone de plissements muqueux, l'isolant nettement du reste du cholédoque. La séparation se fait au niveau de la ligne musculaire de l'intestin, la portion intra duodénale renfermant de nombreux plis qui paraissent remplir la cavité.

3°/ C'est une zone musculo glandulaire. De très nombreuses glandes muqueuses en grappes s'enfoncent profondément dans les parois du cholédoque et très souvent de riches faisceaux lisses enserrant les glandes.



Remarquons également les variations congénitales de la papille, l'existence ou non de l'ampoule, la variation de son implantation, la variabilité de la structure même du sphincter.

L'innervation est encore discutée, mais la physiologie a aidé à résoudre le problème.

La section des splanchniques provoque une contraction de la vésicule et du cholédoque, celle du vague une dilatation.

Donc les splanchniques, outre les fibres sensibles pour les voies biliaires, inhibent le tonus de la musculature lisse vésiculo-choledocienne, alors que le pneumogastrique le renforce.

#### RÔLE PHYSIOLOGIQUE.

Il est diversement interprété.

Dans l'ensemble, on suppose que la production de bile étant continue et son écoulement intermittent, il doit y avoir un mécanisme évacuateur au niveau de l'ODDI. CHIRAY et PAVEL ont apporté des preuves manométriques à l'appui de cette thèse.

L'ouverture du sphincter paraît conditionnée par le passage de certains aliments : graisses et protides.

MENTZER et WESTPHALL pensent qu'il joue, en plus, un rôle de facteur de progression.

L'ensemble sphinctérien a encore une action importante en évitant un reflux duodénal dans les voies biliaires et une infection ascendante possible.

En résumé, il possède un rôle dans la régulation du flux biliaire, excitation duodénale et décharge vésiculo-choledocienne devant être d'ordre sympathique.



## II - ETUDE CLINIQUE DE LA MIGRAINE.

Les malades ont coutume de traduire maux de tête par migraines. En réalité, cette opinion est fausse et au point de vue clinique on distingue :

- I/ Céphalées,
- 2/ Migraines d'origine vagotonique avec réaction digestive.
- 3/ Migraine purement digestivo.

### LES CEPHALEES.

Ce sont les plus courantes des céphalalgies.

Il faut distinguer celles d'origine vasomotrices et celles dues à une tension émotive.

Elles ont le caractère commun de se prolonger pendant des jours sous l'influence de la fatigue, de la tension nerveuse ou de phénomènes météorologiques.

Il n'y a pas de prodômes.

Le début est très souvent progressif, la durée variable de quelques heures à quelques jours, la douleur diffuse et le siège variable. Les symptômes d'accompagnement sont discrets. Enfin il est difficile de mettre en évidence une hérédité migraineuse.

### MIGRAINES VAGOTONIQUES.

Il s'agit de véritables crises de migraines, plus ou moins typiques.

Elles sont périodiques, déclanchées par la fatigue, une émotion, l'approche des règles, la tension nerveuse, le choc anaphylactique ou les phénomènes météorologiques.

Les prodromes sont ceux de toute migraine: début de crise brusque, durée variable (12 heures au plus). Ici les symptômes d'accompagnement existent : troubles digestifs à type de nausées, vomissements, coliques abdominales survenant au paroxysme des douleurs.



Il est souvent facile de mettre en évidence (plus de la moitié des cas) une hérédité migraineuse.

Il existe un autre syndrome, celui d'HORTON qu'il est difficile de classer dans le groupe des céphalées ou des migraines, mais qui dépend lui aussi d'un dysfonctionnement des vaisseaux craniens.

En réalité, il existe des états intermédiaires entre migraines et céphalées. Leur point commun est l'origine.

Les stimulations sympathiques et parasympathiques assurent un équilibre convenable à chaque fonction somatique. Un dérèglement de la fonction neurovégétative est donc susceptible de réagir sur divers organes. Dans les états pathologiques, le système nerveux autonome est incapable de s'adapter rapidement aux besoins de l'organisme. Comme l'ont expliqué WOLFF, CLARCK, RAY et KINGLE, il s'ensuit une série de troubles vasomoteurs. La dilatation de certaines artères extra craniennes et la traction qu'elle provoque sur certains filets nerveux, déterminent en effet la douleur.

Les symptômes prodromiques sont dus à la constriction de vaisseaux intra craniens.

On peut schématiquement décrire en trois phases l'évolution de la crise de migraine :

- I/ Vasoconstriction avec symptômes prodromiques;
- 2/ Vasodilatation : céphalée pulsative;
- 3/ Oedème avec douleurs sourdes (phase qui peut manquer).



### MIGRAINES DIGESTIVES.

Ici, fait nouveau, la dystonie neurovégétative est à point de départ digestif.

Deux faits cliniques se détachent :

- La longue histoire de la maladie.
- Son caractère familial.

1/ Signes prodromiques. Presque toujours on retrouve une certaine anxiété, mais il s'agit certainement là d'un phénomène psychique dû à l'angoisse du malade qui attend et redoute la crise.

Très souvent, on constate des troubles digestifs: inappétence, langue saburrale, modifications des selles.

- Une fatigue générale,
- Des troubles vasomoteurs : pâleur, cerne des yeux,
- Des troubles de la régulation du métabolisme de l'eau : polydipsie ou soif ardente 24 ou 48 heures avant la crise,
- Prodromes d'origine corticale :
  - scotomes scintillants, hémianopsie, diplopie pour les troubles visuels,
  - aphasie, paresthésies, vertiges pour les troubles psychiques et tactiles,
  - Rarement prodromes auditifs.

### 2/ La crise.

Elle débute brusquement; il s'agit d'une hémicranie droite ou gauche, presque toujours du même côté ou non. Elle peut aussi être bilatérale au début puis se localiser par la suite. Elle peut, également, rester bilatérale. Le point le plus douloureux varie avec les sujets. Mais très souvent, il se situe dans la région fronto orbitaire, avec maximum sus orbitaire et même, dit le malade, " dans le fond de l'orbite ".

Il s'agit d'une douleur profonde avec sensation de lourdeur, de compression, de martellement, de distension.

La crise est toujours accompagnée d'une certaine angoisse : le malade n'en prévoit pas la fin. Les paroxysmes sont spontanés ou provoqués.



La photophobie est de règle, l'hyperacousie très douloureuse. Le migraineux éprouve le besoin de se retirer dans un endroit isolé, loin des bruits de la rue et de la foule. Il se désintéresse de ce qui l'entoure, ignore la conversation, le moindre effort intellectuel augmentant sa douleur.

L'examen du malade est d'une insigne pauvreté en signes objectifs:

- Pas de syndrome pyramidal, parapyramidal, cérébelleux, moteur, réflexe;
- pas d'anesthésie, pas de troubles cardiovasculaires.

Les urines sont peu abondantes, fondées, de constitution normale.

Le sang, d'après les travaux de PASTEUR VALLERY RADOT et BLAMOUTIER ne montre aucune anomalie et l'éosinophilie que l'on croyait accompagner la crise, n'a jamais pu être décelée. Le liquide céphalo rachidien est aussi normal.

Ce qui frappe, quand on voit le malade, c'est sa pâleur, la diminution apparente du diamètre de sa fente palpébrale et la vasodilatation des vaisseaux superficiels de la région temporo frontale.

Le sujet se plaint d'abord d'une douleur pulsative puis sourde et continue.

L'évolution de la crise se fait habituellement en quelques heures; après l'acmé, la douleur diminue et le malade s'endort. Au réveil, il est encore fatigué, mais euphorique, heureux de la fin de la crise.

La fréquence des crises est variable, (de plusieurs par semaine, à une ou deux par an; dans ce dernier cas le malade vient rarement consulter). Elles commencent le plus souvent dès l'enfance, ou à la période pubertaire et se poursuivent sans grande modification clinique jusqu'à la ménopause ou un âge avancé. Il arrive alors que la migraine perde ses caractères primaires, se transforme et que la douleur devienne bilatérale et diffuse.

L'interrogatoire permet très souvent de retrouver un terrain familial migraineux dans plus de 60% des cas. Enfin, l'approche des règles ne modifie ni l'ampleur ni l'horaire de la crise.



Nous avons parlé de la crise elle-même typique, mais il n'est pas rare surtout chez les vieux migraineux de rencontrer des cas moins nets où viennent s'intriquer des troubles fonctionnels.

De toute façon, cet accès ne se présente pas seul. Il est accompagné d'un cortège de troubles digestifs, qui, s'il n'est pas toujours au complet, ne fait jamais complètement défaut :

Nausées, vomissements,  
Dyspepsie hépatique,  
Douleur vésiculaire, hypocondralgies  
droites,  
Constipation  
et des troubles, mais moins marqués, de  
l'état général et du psychisme.

#### VOMISSEMENTS ET NAUSEES.

La nausée peut, pendant un certain temps, être un signe isolé. Mais le plus souvent, elle débute avec les crises de migraine. A prépondérance matinale ou post prandiale, elle suffit parfois à troubler l'état général du malade.

Les vomissements sont très souvent associés, mais ils peuvent aussi manquer. Ils sont, quand ils existent, le symptôme majeur de cette vagotonie.

Ne s'accompagnant pas de troubles douloureux, ils peuvent survenir à toute heure de la journée :

- soit le matin au réveil, ils sont alors biliaires ou aqueux;
- soit précocement après le repas, ils simulent alors un spasme du cardia;
- soit au contraire tardifs et ils peuvent laisser croire à une gêne pylorique. Mais, dans ce cas, le malade rend des aliments.

C'est seulement le vomissement biliaire qui est directement en rapport avec un spasme du sphincter d'Oddi. Fait remarquable, dans ce cas, ils soulagent presque toujours et immédiatement le malade.



### AÉROPHAGIE, BALLONNEMENT ABDOMINAL.

L'aérophagie, elle, n'est pas très constante. Par contre, le ballonnement abdominal postprandial manque rarement; c'est, peut-être, le symptôme digestif le plus constant.

Il apparaît immédiatement après le repas. Le malade a la sensation très nette de voir son abdomen se dilater; il se trouve brusquement à l'étroit dans ses vêtements, éprouve de la gêne et a besoin de se mettre à l'aise.

Dans les cas extrêmes, le sujet se plaint d'une ceinture douloureuse véritable carcan qui lui comprime les fosses iliaques et la région lombaire, l'obligeant à s'allonger.

En même temps, la digestion se fait très lentement; très souvent, il éprouve une forte somnolence coupée d'éructions et de baillements.

Le plus souvent; ce n'est pas d'aérophagie qu'il s'agit, mais d'aérocolie. Les gaz bloqués dans l'angle splénique du colon, compriment en effet la grosse tubérosité de l'estomac, provoquant son intolérance et pouvant aboutir à l'anorexie.

### DYSPEPSIE HÉPATIQUE.

Nous faisons rentrer dans ce cadre tous les troubles dont le malade accuse bien à tort son estomac.

Il est pris de douleurs épigastriques irrégulières, non rythmées par les repas, non calmées par les repas, qui le réveillent la nuit. Il se plaint d'une " boule " qui lui remonte le long de l'œsophage, de sensations de brûlures, malaises qui le font bien souvent se gorger de poudres dites digestives, presque toujours sans résultat.

Haleine fétide, bouche pâteuse au réveil complètent ce tableau.

### TROUBLES INTESTINAUX.

Depuis longtemps, il est reconnu qu'il existe entre la migraine et l'intestin des rapports qui sont loin d'être exceptionnels.

Il faut distinguer deux cas :



- les troubles intestinaux sont antérieurs à la migraine et la provoquent,

- ils sont au contraire postérieurs à la dyskynésie biliaire. C'est ce dernier cas qui rentre dans le cadre de notre étude.

Depuis une époque postérieure à la crise initiale, le migraineux est surtout atteint de constipation.

On peut constater tous les degrés.

Depuis la constipation opiniâtre où le malade ne va à la selle que tous les 5 ou 6 jours, jusqu'à la constipation légère qui ne gêne que modérément le sujet.

Dans ce cadre rentrent également les crises de fausse diarrhée coupées de périodes de constipation.

Sur ce tableau peut venir également se surajouter une cœlite qui, d'abord aiguë et passagère, tend à devenir chronique pour peu que le malade ne s'en occupe pas.

Il arrive d'ailleurs, souvent, que cette cœlite soit provoquée par l'abus de laxatifs dont le malade se gâte littéralement le sujet pour essayer de débloquer son intestin.

#### DOULEURS VESICULAIRES.

Le malade a ressenti quelques coups d'aiguilles, qui, sans l'inquiéter le gênent sous le rebord costal droit.

A l'examen, la palpation met en évidence une région vésiculaire sensible, quelquefois douloureuse et un signe de MURPHY positif. Ces douleurs ne sont pas continues, mais provoquées, par exemple, par un écart de régime.

Souvent, il ne ressent qu'une gêne sous costale droite, qu'il confond, quelquefois, avec ses troubles dyspeptiques, que seule la palpation met en évidence.

Il peut exister, aussi, des crises plus fortes avec douleurs véritables, irradiant à l'épaule et pouvant en imposer pour une crise de coliques hépatiques, mais aussi des crises plus faibles avec douleurs épisodiques, sensation de poids épigastrique, inhibant la respiration et se répercutant au niveau du onzième espace intercostal, dans le dos.

Ces douleurs existent souvent à l'état chronique après de nombreuses années de migraines.



### TROUBLES DE L'ETAT GENERAL ET DU PSYCHISME.

Il s'agit ici d'une simple répercussion des autres symptômes. Le malade voit son poids diminuer, l'asthénie apparaît, une anorexie également, cette dernière souvent due au fait que, de peur de souffrir, le malade s'alimente moins ou pas du tout.

Il est également un fait qui ne doit pas passer inaperçu : C'est l'état psychique des migraineux auquel les auteurs américains attachent une grande importance.

Le migraineux a souvent un caractère consciencieux, épris de perfection, rigide, ambitieux même, mais c'est un insatisfait car il craint que ces troubles ne l'amoindrissent dans son métier ou dans la vie et qu'ils l'empêchent d'aller jusqu'au bout de ses ambitions, en un mot, fassent de lui un malade incapable de gagner sa vie.

### VARIATIONS BIOLOGIQUES.

L'étude de deux migraineux, dont les voies biliaires étaient drainées, a permis à PARAF de suivre au cours des grands accès, la poussée vraiment luxurissante de cholérèse au cours de laquelle le débit quantitatif et qualitatif de la bile se trouve décuplé.

Voici les chiffres qu'il donne :

|                | Etat normal. | Migraine. |
|----------------|--------------|-----------|
| Bilirubine     | 125 mg.      | 862 mg.   |
| Sels biliaires | 2 gr,40      | 6 gr.50   |
| Cholesterol    | 0 gr,41      | 1 gr,30   |

Le volume de bile en 24 heures passe de 200 cc à 350 cc.

L'élimination de la bromosulfonephtaleine a montré que la poussée pleiochromique devait être attribuée à une augmentation du débit circulatoire dans le domaine de l'artère hépatique.



### CONCEPTION DE LA MIGRAINE.

Il s'agit d'une question qui fut très discutée et les opinions les plus diverses ont été émises. Les causes sont multiples, mais se situent toutes au niveau des centres nerveux, du trijumeau ou du système vasculo sympathique.

1/ On a longtemps cru que les migraines étaient dues à une excitation du centre nerveux (ROMBERG). LEVY croyait à l'existence d'un centre cérébral. On a mentionné une augmentation de pression du liquide céphalo rachidien, mais c'est un fait qu'infirmes la manomètre.

2/ Le trijumeau a été baptisé " nerf du mal de tête". C'est une opinion qui attire peu d'adeptes : Il ne semble pas effet, y avoir de rapports entre les maladies du trijumeau d'une part, et les migraines d'autre part. Souvent la névralgie est une maladie du sujet âgé, la migraine au contraire débute chez le sujet jeune.

3/ Les tenants de la théorie vasculo sympathique montrent que les phénomènes douloureux vasculo sympathiques sont évidents au cours de la migraine. Il est cependant difficile de voir, là, un point de départ migraineux.

Pour PASTEUR VALLERY RADOT et HAMBURGER, l'origine serait un angiospisme cérébral avec rôle déterminant du sympathique.

Evidemment, il existe un syndrome net : phénomènes oculaires, aphasies, troubles sensitifs et moteurs, accompagnant certaines migraines et s'expliquant aisément par des troubles vasculaires passagers.

Mais c'est une théorie de la douleur, et non de la douleur migraineuse.

On ne doit pas passer sous silence les opinions de BRANWELL, qui s'appuyant sur la rougeur et la fièvre locale, le larmoiement, apportent une théorie expliquant le déclenchement de la crise par une vasodilatation.



HODGES, SEDILLOT et DEYL furent séduits par les effets d'une congestion hypophysaire, ce qui expliquerait la douleur, tandis qu'une irritation directe du chiasma déclancherait les troubles oculaires. Une réaction vasculaire basilaire serait à l'origine des phénomènes plus lointains.

La raison de ces poussées congestives est, évidemment, difficile à expliquer.

4/ A l'heure actuelle, la conception la plus couramment admise rattache la cause de la migraine à une cause vasomotrice.

WOLFF, TUNIS et GOODELLE, en France, MENARD et ALAJOUANINE se sont penchés sur le problème et les expériences cliniques étendues de WOLFF et de ses collaborateurs, en 1953, leur ont permis d'affirmer les faits suivants :

La première phase, l'aura, entraîne une vaso constriction de certaines artères cérébrales.

La deuxième phase est due à une vasodilatation des vaisseaux extra craniens, la douleur étant due à la distension des parois vasculaires avec augmentation de la sensibilité profonde à la douleur au niveau du territoire touché.

La troisième phase, la moins constante, se traduit par un oedème périartériel, ce qui explique la transformation de la douleur pulsative du début en céphalalgie sourde et continue. L'intensité de la douleur, pour les mêmes auteurs, serait proportionnée à l'amplitude des pulsations.

En admettant ces faits, notre maître ROBERT ajoute à l'opinion maintenant classique de WOLFF la précision suivante:

Pour lui, dans les migraines digestives tout au moins, le sphincter d'ODDI a un rôle important à jouer.

C'est ce dernier, en effet, qui provoque, par son hypertonie, une véritable hypertension dans les voies sus oddiennes, hypertension due :

1°/ A la cholérèse étonnante dont nous avons déjà parlé (étudiée par PARAF et CAROLI);



2°/ Aux contractions de plus en plus fortes et sans résultat de la vésicule biliaire, ceci permettant de comprendre l'action cholagogue nocive des graisses.

Les vomissements biliaires sont le résultat efficace de ces contractions et ils soulagent, en effet, rapidement le malade quand ils se produisent.

Le point de vue classique - démontré par WOLF - d'une irritation partielle du trijumeau causée par une crise cérébrale vaso motrice d'origine vago sympathique reste valable.

En effet, le système vago sympathique, par la richesse de ses intrications dans l'inervation du système digestif, règle ou dérègle le fonctionnement des sphincters.

Dans le cas spécial de la migraine digestive, entre l'épine digestive proprement dite et l'irritation du splanchnique, vient s'intercaler un échelon hépato biliaire. Pour nous, cet échelon est constitué par l'hypertension biliaire provoquée par l'hypertonie odienne, chose qui n'est pas niable, puisque, dans l'essai de traitement sur lequel nous reviendrons plus loin, l'influence combinée d'un cholagogue et d'un anesthésique de contact, en levant le spasme de l'ODDI, entraîne une très nette amélioration des crises de migraine biliaire.

#### LES MOYENS D'INVESTIGATION PARACLINIQUES.

Nous aborderons un chapitre fort important pour le spasme du sphincter d'ODDI, puisque c'est par les moyens étudiés que nous pourrions poser le diagnostic.

Il s'agit de méthodes perfectionnées ces dernières années; la radiologie, le tubage minuté et une méthode dérivant de l'association des deux autres.

#### LA RADIOLOGIE.

La cholecystographie permet d'éliminer en premier une lithiase, soit vésiculaire, soit cholédocienne ou cystique.

L'opacification se fait en absorbant par voie buccale du Télépaque, 14 heures avant l'examen ou par voie intra veineuse (Radioselectan). Personnellement nous donnons la préférence à la deuxième méthode : elle permet d'obtenir une meilleure imprégnation du tractus biliaire. Le produit utilisé présente une forte proportion d'iode. La rapidité du passage aidant, la bile hépatique opaque permet une très bonne visibilité des canaux hépatiques.



Il est inutile d'insister sur l'intérêt d'une telle méthode pour le diagnostic d'un spasme de l'ODDI. On mettra aisément en évidence après la contraction vésiculaire un reflux possible dans les canaux hépatiques, par simple comparaison de cliché avant et après (BOYDEN).

Cette préparation sera complétée au moment de la prise des clichés par l'absorption d'un repas gras de BOYDEN ou par son équivalence commercialisée (BLADEX).

La technique de prise de clichés proposée par BUSSON nous semble très recommandable :

- Premier cliché avant l'absorption du repas gras.
- Deuxième cliché 5 minutes après son absorption.
- Troisième cliché 1/4 d'heure plus tard.
- Quatrième cliché une heure plus tard.

Tous pris en procubitus à un mètre de distance.

Il sera ainsi facile de suivre la contraction puis l'évacuation de la vésicule. Il est, en effet, intéressant de connaître le comportement de cet organe. On trouve soit une grosse vésicule atonique ou hypotonique sans contraction ou avec des contractions insuffisantes, ou, au contraire, une vésicule qui se vide correctement, mais dont les contractions sont inefficaces à donner une pression suffisante pour relâcher l'ODDI et permettre son franchissement par la bile.

Il s'agit là d'un signe important de présomption de l'hypertonie odienne.

L'effort de contraction vésiculaire peut être exactement apprécié. BUSSON et CAROLI se sont particulièrement penchés sur l'aspect de la vésicule hypertonique.

Après le repas de BOYDEN, la kinésie se traduit par l'accentuation de l'angle vésiculo vertébral sur cliché de profil : C'est " l'angle d'érection vésiculaire ", qui, mesuré, traduit fidèlement l'intensité de la contraction.

Si la contraction est faible, on a l'aspect en " arc de cercle ", simple modification de courbure de la face postérieure de la vésicule.



Sur cliché de face, une contraction violente se traduit par l'aspect de "vésicule bille"; il est formé par l'image du bas fond vésiculaire, le reste de la vésicule ne se présentant qu'en coupe.

A part l'étude de la vésicule, on a voulu décrire d'autres signes d'hypertension biliaire :

- Le reflux de la bile dans les canaux hépatiques. Déjà en 1929 BRONNER et LICHTWETZ pensaient qu'au cours de l'épreuve du repas de BOYDEN, le reflux de la substance de contraste pouvait être considéré comme étant dû à un obstacle papillaire organo spastique.

Si la vésicule se contracte énergiquement le cholédoque est visible dans 80% des cas. Chez les sujets normaux, il ne doit pas y avoir de reflux hépatique.

Il existe bien dans la littérature médicale quelques textes dans lesquels on trouve un remplissage du canal hépatique, en particulier chez les ulcéreux, mais il y a évacuation rapide de la vésicule biliaire. De plus, cette opinion n'est admise qu'avec réserve.

Si, malgré le repas gras qui contracte la vésicule et abaisse le tonus cholédo-co-duodénal le reflux existe, c'est la preuve que le sphincter ne répond pas, ou tout au moins répond mal, à l'effet de relâchement; ceci pour des raisons fonctionnelles ou organiques.

On a dit que ce non relâchement serait dû à un effet de posture qui rend déclives les voies biliaires du lobe gauche, mais il semble qu'il s'agisse là d'un cas particulier peu fréquent.

Un autre point qui a aussi son importance, est la dilation du canal cholédoque, surtout visible chez les anciens migraineux, et due à une distension de toute la voie biliaire principale, provoquée par les contractions vésiculaires impératives et répétées, mais sans effets.

Malheureusement ce signe est très inconstant.



Notons dans ce chapitre l'intérêt apporté par la radiomanométrie qui ne peut malheureusement être faite qu'en cours d'intervention. Mise au point en 1939 par CAROLI, BERGERET et DEBOUVRE<sup>v</sup>, elle consiste à introduire dans la vésicule ouverte une substance opaque (Ténébryl) qui progressera normalement dans les voies biliaires vers le duodénum. Son intérêt est de pouvoir déclancher le syndrome douloureux à volonté après intervention.

Chez le sujet normal, pour forcer le passage oddien, il faut une pression de 10 cm d'eau.

Si malgré une élévation prudente de la pression, on ne note aucun passage cholodoco-duodéal mais un remplissage des voies hépatiques, on peut conclure à une lésion organospastique. S'il existe un spasme vrai, les clichés de profil laissent supposer l'obstacle oddien par l'importance du reflux. Debout l'opacification persiste.

S'il s'agit d'un faux spasme, il sera révélé par la prise de cliché en position debout, car le reflux disparaît. D'ailleurs, à l'épreuve du nitrite d'amyle, la douleur et le reflux disparaissent en cas de spasme du sphincter d'Oddi.

La radiographie classique nous donnera donc des renseignements de présomption sur un spasme des voies biliaires :

- 1 - un reflux biliaire dans le canal hépatique.
- 2 - une dilatation du cholédoque.
- 3 - une image, et c'est la déduction qui<sup>a</sup> le plus de valeur, de mauvaise évacuation de la vésicule .

Mais il ne s'agit quand même que d'une méthode sans finesse, car elle ne précise aucunement la nature et le siège de l'obstacle.

C'est dire tout l'intérêt de compléter cette radiographie par l'épreuve d'un tubage duodéal minuté.



### TUBAGE MINUTE :

Mis au point par FUENTES et LOPEZ, c'est la méthode de choix pour mettre en évidence un spasme de l'Oddi.

Théoriquement, le déroulement du tubage s'écoule en cinq temps :

1er temps - dès la présence du tube dans le duodénum on voit s'écouler de 10 à 15 cc de bile claire, jaune d'or : c'est la bile A. Quarante ccs d'huile d'olive sont alors injectés dans la sonde.

2ème temps - il commence à cet instant; c'est le temps de "l'Oddi fermé" qui dure à peu près cinq minutes et durant lequel aucun écoulement ne se produit.

Le 3ème temps marque la réouverture de l'ODDI avec second passage de bile A.

Au 4ème temps, cette bile fait place à un flux beaucoup plus important d'une bile noirâtre, épaisse, d'origine vésiculaire : c'est la bile B.

Au 5ème temps, la vésicule étant vidée, un écoulement de bile hépatique jaune d'or et limpide se produit. Ce temps ne se termine que quand on retire la sonde.

Sur une feuille on marque en abscisse la quantité des biles recueillies et en ordonnée les temps écoulés. On peut ainsi dresser un graphique de lecture plus directe et plus facile.

Dans l'hypertonie primitive ou secondaire à une lésion du cholédoque, LOPEZ observe un allongement du deuxième temps avec douleur.

TECHNIQUE - Le matériel nécessaire est simple.

- une sonde d'EINHORN,
- une seringue de 20 cc,
- du papier tournesol,
- de l'huile d'olive,
- des ampoules de procaine de 10 cc à 1%.

Remarquons qu'il s'agit d'une méthode facilement applicable.

Une seule ombre au tableau :



Le tube reste dans l'estomac :

- soit qu'il s'enroule dans la poche à air, ce qui est dû à une compression de l'estomac par aérocolie,
- soit qu'il ne puisse franchir le pylore.

Dans le premier cas, il en résulte de la fatigue pour le malade. Il faut laisser la sonde sur son mandrin pour avoir une plus grande rigidité de l'ensemble.

L'obstacle pylorique commande l'attente ou l'absorption par le malade d'eau ou de sérum glacé. On a administré avec de très bons résultats une solution bicarbonatée, mais elle a l'inconvénient de fausser le tubage.

Il est recommandé d'administrer la veille de l'examen, bromure ou barbiturique, mais quand le passage dans le duodenum ne se fait pas, il est préférable, plutôt que d'attendre et de fatiguer le patient, d'avoir recours à la radioscopie qui permet de suivre ou d'essayer de redresser le trajet de la sonde.

La technique est aisée.

Faire avaler le tube au malade. Quand il a franchi le pylore, il se produit, sans avoir recours au siphonage, un écoulement régulier de bile jaune d'or homogène, claire, alcaline au papier tournesol.

Il y a des cas où il est difficile de préciser si la sonde est dans le duodenum; le liquide qui s'écoule est incolore, l'alcalinité est douteuse et il vaut mieux avoir alors recours à l'écran radiologique.

Il s'agit d'une position intermédiaire de l'olive qui n'a pas franchi le *geniu superius* et reste dans le bulbe.

Remarquons qu'il n'est pas nécessaire que l'olive soit en contact avec la papille biliaire.

Réduire au minimum le temps de passage du tube présente un intérêt certain. Pour cela, la position du malade est importante. Il faut le mettre en décubitus latéral droit et si le passage de la sonde ne se fait pas, essayer les injections de sérum glacé.

Quand la sonde est en place, injecter 40 ccs d'huile d'olive. Chez le sujet normal, on doit avoir dans les 10 minutes qui suivent, un écoulement de bile. En cas de spasme de l'ODDI, le 2<sup>ème</sup> temps s'éternise et il faut injecter dans le tube une ampoule de procaine à 1% de 10 ccs.



Dans la majorité des cas, l'écoulement se produit alors. Il peut être nécessaire chez quelques sujets de réinjecter une nouvelle dose de novocaïne pour voir arriver le flot de bile.

On recueille la bile dans des tubes à essais. On reconnaît facilement la nature de la bile par sa couleur, mais il est préférable de l'envoyer au laboratoire pour doser cholestérol, bilirubine et sels biliaires.

Parmi les travaux français sur le tubage, citons ceux de LAMBLING et GOSSET.

Ces auteurs utilisent une technique légèrement différente :

L'injection de sulfate de magnésie raccourcit pour eux le temps d'évacuation de la vésicule. Ils injectent ensuite de l'huile d'olive.

Leurs conclusions sont voisines de celles de FUENTES et LOPEZ.

Pour être juste, la conclusion tendant à rapporter à un spasme du sphincter d'ODDI la prolongation du blocage, interrompue par l'instillation de procaine doit être tempérée par les remarques suivantes :

1°/ Il peut exister un spasme du duodénum au milieu de D 2, isolant l'olive tubaire de l'ampoule de VATER.

2°/ L'injection de novocaïne peut agir sur tous les spasmes biliaires étagés.

Mais ces remarques diminuent peu la portée du fait physiologique qu'un antispasmodique a été nécessaire pour assurer le libre écoulement de la bile.



METHODE RADIOLOGIQUE ISSUE DES ENSEIGNEMENTS  
DU TUBAGE MINUTE.

A la suite de ses travaux sur le sphincter d'ODDI, notre Maître ROBERT a mis au point une technique radiologique qui, complétant l'épreuve du tubage minuté, peut être appelée à rendre, au point de vue diagnostic, les plus grands services.

La technique est simple :

- Absorption de 6 ou 12 comprimés de Télépaque douze heures avant l'examen.

- Tirage d'un premier cliché, puis absorption du repas de BOYDEN.

- Absorption une 1/2 heure plus tard d'un mélange anesthésique et opaque aux rayons X :

huile de paraffine.

xylocaïnée base à 2% ..... 5 cc

sulfate de baryum ..... 30 gr

pour une solution de 50 CC.

- Enfin prise de clichés en série pendant une heure et demi si possible.

Un relevé planimétrique des profils de vésicule permet d'obtenir une courbe différente suivant l'évacuation vésiculaire.

Cette technique présente un intérêt considérable pour différencier une atonie primitive de la vésicule et un spasme oddien.

Après absorption du repas de BOYDEN, il n'y aura pas d'image de contraction de la vésicule biliaire et l'ingestion du mélange anesthésique ne modifiera pas la surface vésiculaire.

Donc la ligne d'évacuation sera horizontale (figure 3).



Dans le cas de spasme du sphincter d'ODDI, au contraire, l'absorption de la mixture anesthésiante, en levant le spasme, donnera une image très nette de diminution de surface de la vésicule, ce qui, sur la courbe, se traduira par une cassure très franche (figure 2).

La courbe du sujet normal étant régulièrement descendante (figure 1), il est facile de trancher un diagnostic.

Cette méthode a été critiquée. Le reproche majeur qui lui a été fait est l'imprécision de l'évaluation planigraphique. Evidemment la mesure volumétrique de la vésicule selon la méthode de GERALDO SIFFERT serait plus exacte.



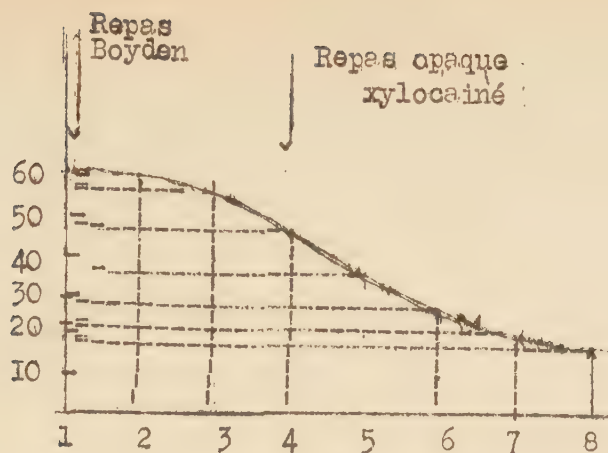


Fig. 1 - Courbe d'évacuation normale

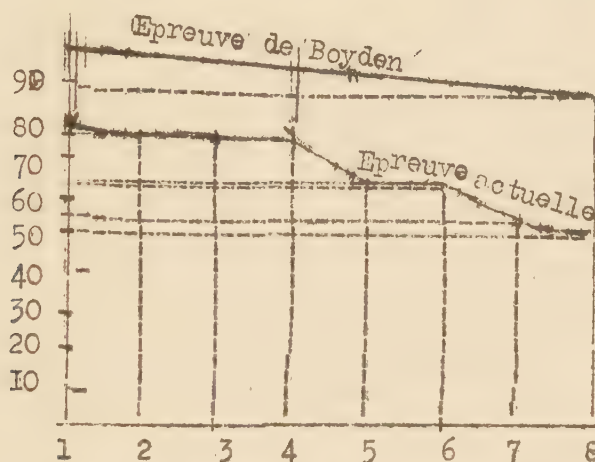


Fig. 2 - Courbe de spasme du sphincter d'ODDI

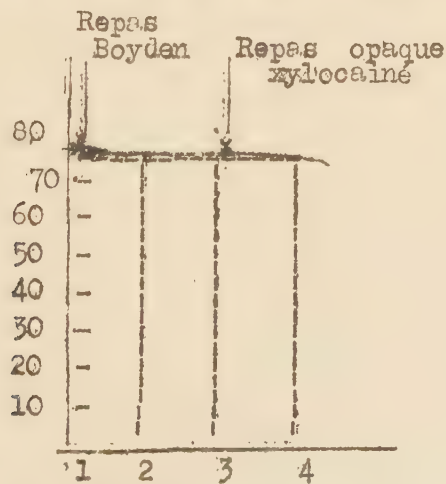


Fig. 3 - Atonie vésiculaire



Mais elle complique beaucoup cette méthode par le nombre des clichés de profil qu'il faut prendre en plus et le temps passé en calcul, pour un résultat, somme toute, assez peu différent de la méthode planigraphique. Elle garde, malgré tout, pour elle sa simplicité et sa portée diagnostique.

Une autre critique due à G. ALBOT lui reproche de ne pas mettre en évidence le siège du spasme et craint qu'on ne soit conduit à des déductions chirurgicales fâcheuses.

Comme le souligne notre Maître ROBERT, il s'agit de mettre en évidence un blocage - et là, la méthode réussit parfaitement, et nullement de tirer des déductions opératoires pour un syndrome qui demande avant tout d'être traité médicalement.

Au point de vue résultat, il est aisé de comprendre tout le bénéfice que l'on peut tirer d'une telle méthode. Elle précise;

- les variations du volume vésiculaire;
- le moment de la mise en tension vésiculaire par l'érection de la vésicule,
- l'opacification de la voie principale,
- un reflux possible dans les canaux hépatiques,
- une dilatation possible du cholédoque,
- le moment du passage, de la bile dans le duodénum,
- elle supprime enfin le tubage duodénal qui peut paraître très pénible à certains sujets.

Nous avons donc au cours de ce premier chapitre de notre étude posé les bases des éléments du diagnostic :

1°/ de la migraine . (La clinique seule suffit).

2°/ du spasme du sphincter d'ODDI, (grâce à l'étude de l'évacuation biliaire par le tubage minuté ou l'examen radiologique issu de son étude).

---



## II PARTIE - THERAPEUTIQUE

---



## P R I N C I P E .

La base en est simple. Un anesthésique levant le spasme du sphincter d'ODDI, il semble judicieux, comme le préconise notre Maître ROBERT, d'essayer de baser une action thérapeutique sur l'effet de ce corps.

Ce spasme levé, un cholagogue permettra de provoquer la décharge de la vésicule et des voies biliaires, c'est-à-dire de diminuer l'hypertension des voies biliaires et de soulager le malade.

Aussi, paraît-il judicieux d'associer dans le même médicament, l'action anesthésique et l'action cholagogue.

Parmi les anesthésiques par contact, nous choisissons un dérivé de la cocaïne :

- soit la procaïne
- soit la xylocaïne.

Parmi les cholagogues, deux retiennent notre attention:

- l'huile d'olive
- les lecithines,

l'une et l'autre pouvant être associées à quelque cholagogue mineur.

Nous allons donc étudier brièvement la pharmacologie des corps qui nous intéressent :

### L A P R O C A I N E .

Utilisée en anesthésie locale ou régionale, elle a connu, depuis les travaux de LERICHE une extraordinaire fortune.

Son étude pharmacologique a été très poussée, malheureusement, dans la littérature médicale, on retrouve très peu d'informations sur son absorption par voie buccale.

La cause semble en être la fugacité de son pouvoir anesthésique et sa trop forte toxicité présumée.

- Pharmacologie - Premier point, c'est le moins toxique des dérivés de la cocaïne.

Elle est soluble dans l'eau et son sel basique se mélange bien avec les corps gras.



Elle est quatorze fois plus anesthésiante pour les muqueuses que la cocaïne.

Classiquement, d'après les travaux de HAZARD, elle se comporte comme un poison ganglionnaire uniquement inhibiteur et supprimant les effets de l'excitation centrale, atteignant, enfin, l'excitabilité du parasympathique et du sympathique.

- Sur le parasympathique, elle supprime les effets de l'excitation du pneumogastrique au niveau du coeur.

Sur les fibres lisses son action qui peut nous intéresser, a été expérimentée sur l'intestin. Suivant la concentration utilisée, les effets varient : soit inhibition, soit contracture.

- Sur le sympathique, elle est sympatholytique et son action vaso dilatatrice s'explique par la paralysie qu'elle provoque sur les ganglions et les nerfs vaso constricteurs.

Elimination - Elle se fait par hydrolyse dans le sang, en donnant naissance à de l'acide para-amino-benzoïque et diéthyl-amino-éthanol.

L'étude expérimentale montre qu'in vitro, l'hydrolyse se fait à 37 degrés en quinze minutes environ.

Chez le sujet normal, cette hydrolyse se fait entre vingt et trente minutes sous l'influence d'une estérase qui serait, soit d'origine hépatique, soit d'origine thyroïdienne.

L'origine hépatique semble être la plus acceptable, si l'on s'appuie sur quelques données biologiques. FISSENGIER a montré que dans certaines affections hépatiques, en particulier la cirrhose, le taux de cette estérase est très sensiblement modifié et le temps d'hydrolyse de la procaine également.

Remarquons, aussi, la concordance de ce dosage avec les épreuves sérologiques telles que tests

de MAC LAGAN,  
de HANGER  
de GROS .... etc.



Tolérance - Réputée rapidement intolérée, la tolérance d'après les travaux de FILIPPI de Lille, pour la voie orale, peut être améliorée :

1°/ - Par la dilution. On a essayé une dilution de un gramme pour 200 grammes d'eau (BAYER) et de un gramme pour 100 grammes (HAMORI et BONCOUR).

FILIPPI obtient une bonne dilution avec un gramme pour 300 grammes d'eau.

2°/ - Par la température. Lors de la prise à jeun, la solution doit toujours être employée tiédie, jamais froide ou glacée.

3°/ - Par une ingestion lente. La vitesse d'ingestion prime la concentration dans la genèse des intolérances.

4°/ - Le sujet doit plutôt être étendu ou assis que debout.

La dilution joue en outre un autre rôle : le contact est plus intime, le bain anesthésique plus prolongé et l'évacuation moins rapide.

PRON et LOEPER ajoutent à la procaine un véhicule sucré qui permet une meilleure tolérance et ils donnent les proportions suivantes :

|                 |        |
|-----------------|--------|
| procaine .....  | 1 gr   |
| glucose .....   | 30 gr  |
| eau q.s.p ..... | 300 gr |

FILIPPI donne la formule magistrale suivante :

|                   |        |
|-------------------|--------|
| procaine .....    | 5 gr   |
| glycérine .....   | 30 gr  |
| eau .. q.s.p..... | 300 gr |

4 cuillerées à soupe à étendre dans 300 grammes d'eau tiédie.



## La Xylocaine

La diéthylamine 2-6 diméthylacétanilide est un nouvel anesthésique local dû aux recherches des Suédois LOFGREN et LUNDQUIST.

Commercialisée sous le nom de Xylocaine, son étude toxicologique a été entreprise en 1947 par GOLDBERG. Ses conclusions sont nettes : légèrement plus toxique que la procaine, elle est beaucoup moins irritante pour les muqueuses et donne beaucoup moins de troubles de sensibilisation.

PAUTEX a également démontré que pour l'anesthésie, qu'elle soit de contact, d'infiltration ou de conduction, le pouvoir inhibiteur est plus fort que celui de la procaine.

L'action pharmacologique est sensiblement voisine de celle de la novocaïne.

En conclusion, la xylocaine est un anesthésique plus puissant que la novocaïne, pour une toxicité si peu supérieure, qu'elle en est négligeable.

### LES CHOLAGOGUES.

= Pharmacologie - Deux corps à priori ont retenu notre attention :

l'huile d'olive et

les lécithines.

L'un et l'autre provoquant un écoulement de la bile vésiculaire et des canaux extra hépatiques en excitant d'une part, la musculature lisse de la vésicule biliaire et, d'autre part, en relâchant le sphincter d'ODDI.

- L'action cholagogue de l'huile d'olive per os est bien connue. Elle agit par l'acide oléique qu'elle contient, ainsi que par l'oléate de soude. Un deuxième avantage est qu'elle peut aisément servir d'agent transporteur pour la procaine. Notons également qu'elle exerce une action régulatrice sur les fonctions intestinales.

Ses inconvénients sont :

- Son goût qui risque de la faire refuser par les malades, surtout pour un traitement assez long.



- Les lécithines sont utilisées depuis longtemps en thérapeutique et sont maintenant le médicament le plus employé en radiologie pour provoquer une chasse vésiculaire rapide et énergique.

De plus, elles se mélangent aisément avec l'eau, donnant un mélange opalescent et très stable. Elles sont aussi solubles dans les huiles.

Des essais pratiques ont été réalisés par notre Maître ROBERT.

- De la xylocaïne seule, associée à un corps hépatiquement neutre, l'huile de paraffine, a été injecté au cours d'un tubage duodénal.

- D'un autre côté, l'action de l'huile d'olive seule a été suivie au cours de son action sur la vésicule.

Pour ces deux corps, un opacifiant radiologique leur avait été adjoint.

Notre Maître a pu ainsi constater que la zone de muqueuse duodénale réflexogène sur le sphincter d'ODDII a une surface très étendue, que l'anesthésie de cette zone est sans action directe sur un spasme du canal cystique.

#### Utilisation pratique.

Nous avons pensé utiliser l'anesthésique en pilules glutinisées, mais si les papilles gustatives du malade s'accommodent bien de ce procédé, il est malheureusement d'action capricieuse. En effet, l'enrobement glutinisé ne se dissout pas toujours immédiatement dans le duodénum et l'anesthésique risque de n'être libéré que bien après la lumière du sphincter d'ODDII.

De plus, la muqueuse duodénale peut n'être que partiellement en contact avec le produit actif et ce dernier ne peut agir sur la zone papillaire. Enfin le passage risque d'être rapide et l'action de la procaine diminuée.

Il a donc fallu se tourner d'un autre côté et l'association suivante a été essayée :

|                      |         |
|----------------------|---------|
| xylocaïne base ..... | 0,025   |
| huile d'olive .....  | 10 ccs. |

pour une ampoule buvable.



Un deuxième essai paraît possible avec une préparation magistrale.

Il ne nous a pas été possible d'utiliser la formule de FILIPPI à la glycérine, en raison de l'absorption de ce corps alcoolique par la muqueuse gastrique, aussi avons nous pensé essayer la formule magistrale suivante :

procaïne (chlorydrate) ... 1 gr.  
lécithine ..... 50 gr.  
julep gommeux q.s.p. ... 150 ccs.

à donner par cuillerées à soupe.

L'avantage de la première préparation est sa bonne conservation. Mais il est difficile de se procurer dans le commerce de telles ampoules.

La potion est beaucoup plus facile à préparer mais son gros inconvénient vient de sa conservation limitée par la destruction de l'anesthésique.

Il faut aussi remarquer que cette potion par la proportion d'eau qu'elle contient, traversera plus rapidement l'estomac que la préparation huileuse.

La concentration, enfin est différente, en raison des enseignements un peu incertains de la pharmacologie sur les doses utiles d'anesthésique.

Nous avons également essayé une troisième solution, qui au point de vue préparation présente de nombreux avantages.

Il existe dans le commerce une spécialité à base d'huile d'olive émulsionnée et de boldine qui est aussi un cholagogue. Par ampoule, il y a :

Huile d'olive trans esterifiée      1 cc  
Huile d'olive neutre et vierge ... 9 cc  
Boldine ..... 1 mm

pour une ampoule.



Cette Boldolive s'émulsionnant très bien à l'eau et se présentant en ampoules de 10 cc, au moment de l'emploi, nous donnons au malade une ampoule de Boldolive à mélanger extemporanée avec une ampoule de procaine ou de xylocaïne.

Le goût de la préparation est acceptable et surtout la question de la conservation ne se pose plus.

Il est facile de trouver par tâtonnement la dose minima d'anesthésique qui soulage le malade.

Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre préparation, on suit aisément sous écran leur action.

La bile accumulée s'écoule.

Nous avons également fait un tubage duodénal chez un de nos malades en remplaçant la procaine seule par notre mélange.

Le spasme de l'ODDI a été levé.

#### CONDUITE DU TRAITEMENT.

Il faut donner le médicament, qu'il s'agisse d'huile xylocaïnée ou de Boldolive + xylocaïne, au moment le plus favorable pour éviter la stase biliaire.

À certains malades, nous avons donné la préparation le matin à jeun, à d'autres dix minutes avant le repas du soir et nous recommandons à tous de s'étendre environ un quart d'heure.

L'action la meilleure semble obtenue par la prise du soir, mais nous ne pensons pas que l'horaire puisse avoir une influence importante.

Nous avons traité certains malades pendant une période continue de dix jours, suivie de cinq jours de repos, avec reprise de la cure de dix jours.

D'autres ont eu une prise journalière pendant cinq jours, suivie de deux jours de repos, cet horaire à respecter pendant un mois.



Il nous semble que la deuxième solution donne de meilleurs résultats que la première.

En effet, le sujet au cours des deux jours de repos reste sous l'influence du médicament et cette période paraît suffisante pour "désintoxiquer " le malade.

Le traitement est à suivre d'une manière continue pendant plusieurs mois, selon le degré d'atteinte du sphincter d'ODLI.

Quand le résultat désiré est obtenu, on espace les périodes de cure. Mais il nous paraît nécessaire de faire ensuite une cure d'entretien de quelques jours, tous les six mois environ, avec le médicament cocaïné.

Il ne faut pas croire cependant que nous mettons là, à la disposition du thérapeute, un médicament radical de la crise de migraine.

En effet, une fois la crise déclanchée, la suppression de l'hypertension biliaire est impuissante à enrayer les effets vaso moteurs du réflexe vago sympathique et, dans ce cas, il est préférable d'instituer un traitement classique.

Il n'en reste pas moins vrai que dans l'intercrise, il sera utilisé avec profit et il nous paraît indiqué comme le traitement de fond de la migraine biliaire.

---



III PARTIE - OBSERVATIONS et DISCUSSION

---



## OBSERVATIONS

Nous avons pu réunir vingt observations que nous avons relevées dans le service de Gastroentérologie de notre Maître ROBERT et qui rentre dans le cadre de notre étude.

Les essais thérapeutiques portent sur la plupart de ces malades ou sur des cas similaires.

En tête de ce chapitre, nous avons fait figurer cinq observations qui, à notre avis, illustrent fidèlement les divers degrés de l'atteinte du sphincter d'ODDI, allant du spasme simple à la sclérose du sphincter.

Dans tous ces cas, le tubage minuté associé à la clinique et à la radiographie a permis de poser le diagnostic.

Nous nous sommes volontairement étendus sur les troubles digestifs accompagnant la céphalalgie pour insister sur l'importance et la régularité de leurs rapports avec la migraine digestive.



OBSERVATION I

Madame G..... 57 ans;

Quand elle est venue consulter dans le service, cette malade se plaignait depuis plusieurs mois de crises de migraine qui semblent typiques:

Précédée de signes prodromiques à type d'asthénie et de légère diplopie, la crise débute brusquement. La douleur est localisée à la région sus orbitaire gauche avec irradiations vers la nuque.

La durée est de quelques heures, un vomissement aqueux y met généralement fin.

Les crises se répètent environ tous les quinze jours, cycle peu influencé par le cycle menstruel.

Dans l'intervalle, nausées, douleur vésiculaire et hypochondralgies droites complètent le tableau. De plus, la malade se plaint depuis le début de ses migraines d'une colite rebelle accompagnée de fausse diarrhée colorée parfois de sang rouge.

Une radiographie standard est pratiquée. L'imprégnation montre une vésicule qui paraît normale.

Un tubage minuté est pratiqué :

Au cours du premier temps on ne recueille que très peu de bile A, après lavage au sérum physiologique.

Le temps de l'ODDI fermé dure anormalement longtemps. Une injection de 10 cc de novocaïne à 1%, faite au bout de 10 minutes de blocage, provoque un écoulement de 40 cc de bile B en 25 minutes.

Le diagnostic, vu l'aspect normal de la vésicule, est un SPASME ODDIEN RECENT.



OBSERVATION II

M. le R..... 47 ans.

Se plaint de crises de migraines depuis une vingtaine d'années.

Au début, le rythme était à peu près mensuel, les crises étaient typiques.

Maintenant la douleur est presque journalière, irradiant à tout le crâne.

Les troubles de dyspepsie hépato biliaire sont continus:

nausées, vomissements, douleur vésiculaire, ballonnement postprandial, et constipation, auxquels vient s'ajouter une altération de l'état général.

Une radiographie standard, sans repas de BOYDEN, montre une vésicule très dilatée.

Le tubage minuté met en évidence un spasme tenace du sphincter d'ODDI auquel l'injection de novocaïne met fin presque instantanément, permettant l'écoulement d'un flot très abondant de bile B (100 cc en deux heures).

Le diagnostic est un SPASME DÉJÀ ANCIEN DU SPHINCTER D'ODDI, car la vésicule est très dilatée.



OBSERVATION III

Madame S..... 50 ans

Quand elle est venue consulter, cette malade se plaignait depuis sa jeunesse de crises de migraine qui la prennent à peu près tous les dix jours.

La crise débute par des prodromes oculaires de courte durée. Puis, la douleur apparaît d'intensité maxima d'emblée, de siège sus orbitaire droit avec ensuite irradiation vers l'hémicrâne gauche.

Elle dure trois heures et se termine dès que la malade peut rendre.

Dans l'intercrise, les troubles digestifs sont très discrets. Mais on note la fréquence de crises d'urticaire.

La palpation est légèrement douloureuse.

Une radiographie montre une image de légère augmentation de la vésicule biliaire.

Un tubage minuté est pratiqué : il montre une hypertonie Oddienne constatée par l'augmentation de la durée du blocage.

Ce n'est qu'au bout de 7 minutes que l'injection de procaine provoque l'élimination d'une bile très abondante et peu concentrée.

Le diagnostic est celui d'hypertonie associée à une atteinte inflammatoire de l'ODD.



OBSERVATION IV

---

Madame D..... 70 ans

Il y a 50 ans que cette malade se plaint de migraines.

Elle se plaint de douleurs localisées du côté droit du crâne avec larmoiement, photophobies, nausées et quelquefois légère température.

Le rythme est d'une crise par semaine, calmée par quelques vomissements.

Troubles dyspeptiques banaux entre les crises : aérophagie, ballonnement post prandial, douleur vésiculaire, constipation rebelle avec crises espacées de colite.

La palpation met en évidence une énorme vésicule biliaire.

A titre thérapeutique, pendant ces dernières années, plusieurs tubages duodénaux ont été faits sans le moindre résultat. L'huile d'olive n'a jamais déclanché le moindre écoulement de bile.

Un nouveau tubage est pratiqué. L'huile d'olive ne donne une fois de plus rien. Le spasme est tellement tenace qu'il a fallu injecter coup sur coup deux ampoules de 10 cc de procaine pour déclancher l'écoulement de bile B.

Ici le diagnostic est HYPERTONIE DE L'ODD, associée à UNE LÉSION ORGANIQUE INFLAMMATOIRE DU SPHINCTER (énorme cholécystatonie)



OBSERVATION V

M. L..... 65 ans

En 1950, ce malade a été vu en plein ictère par rétention. Il présentait alors une grosse vésicule palpable. On pensa à un cancer de la tête du pancréas.

Mais chez ce malade, on trouvait des antécédents de migraines, de douleurs épigastriques à irradiations scapulaire droite évoluant par crises accompagnées de subictère.

Tubage négatif malgré plusieurs injections de novocaïne.

Une intervention chirurgicale montre un pancréas dur qui ne semble pas néoplasique. Un fragment prélevé a montré une pancréatite peu évoluée.

Une cholécystostomie permet par un drain de faire une radiomanométrie dont les différents clichés montrent, avec une constance remarquable un arrêt sur le sphincter d'ODDI résistant à une pression de 24 cm3.

Le diagnostic est SCLEROSE DU SPHINCTER D'ODDI.

Une sphinctérotomie est pratiquée, dont les suites sont favorables, l'ictère disparaissant en quelques jours.



OBSERVATION VI

Mme G..... 50 ans.

Quand elle est venue consulter dans le service, cette malade se plaint depuis plus d'une vingtaine d'années de digestions lentes et pénibles, de ballonnement post-prandial, d'une intolérance digestive aux graisses et aux sauc

Après un repas trop abondant ou non, cette malade ressent une douleur sourde et modérée de l'hypocondre droit.

Elle présente également une constipation modérée, facilement corrigée par huile de paraffine et mucilages.

Crises de migraines assez prononcées et irrégulières prenant tout le crâne avec point de départ sus orbitaire et irradiation à tout le crâne. A la palpation, point vésiculaire sensible.

Radiographie : Opacification par bilisélectant. Les clichés après BLDEX montrent une grosse vésicule hypotonique, se vidant mal et un canal cholédoque dilaté. Voies hépatiques visibles sur une assez grande longueur.

Un tubage minuté est effectué.

Passage facile du tube.

Injection de 40 cc d'huile d'olive qui ne donne aucun écoulement de bile.

Au bout de 15 minutes, injection de 10 cc de novocaine à 1% et 5 minutes plus tard l'écoulement de la bile commence: 20 cc de bile claire et 20 minutes plus tard 40 cc de bile verte, foncée, épaisse coulent pendant une trentaine de minutes.

Puis la bile s'éclaircit et on obtient encore une petite quantité de bile claire.



L'examen de laboratoire effectué sur la bile la plus épaisse montre :

cholestérol : 3,60 grs o/oo .

bilirubine : 150 mgr. o/oo.

mucine : + + soit de la bile B

Conclusion : Il s'agit d'un spasme du sphincter d'Oddi et la malade est mise au traitement : Chroniozystine + Octométine.



OBSERVATION VII

Madame C ..... 47 ans.

La malade souffre de migraines intenses depuis de nombreuses années. Elle ressent une hémicranie à prédominance droite susorbitaire avec larmoiement unilatéral et photophobie.

Les crises surviennent à n'importe quelle heure du jour, avec une prédominance au réveil.

Elles s'accompagnent d'un état nauséux avec quelquefois quelques vomissements qui ne soulagent qu'imparfaitement la patiente.

Crises à peu près régulières, les plus douloureuses se répétant tous les mois et coïncidant en gros avec les règles.

Entre ces crises, la malade se plaint de digestions pénibles, sensations de ballonnement, somnolence et baillements post-prandiaux. Elle souffre aussi de constipation qui est plus ou moins corrigée par des thérapeutiques bénignes.

Enfin son état général n'est pas excellent. Elle présente de l'asthénie et de l'amaigrissement. Etat subictérique avec quelquefois, légère température à 37°. Douleurs sourdes de l'hypocondre droit avec sensation de "fourmillement".

La palpation met en évidence une sensibilité exagérée du point de Murphy.

Radiographie Opacification par télépaque + Bladox - Les clichés montrent une grosse vésicule hypotonique se vidant mal; on ne met pas en évidence de dilatation du cholédoque.



Tubage minuté :

Passage du tube d'Einhorn au bout d'une heure . L'injection d'huile est sans effet au bout d'un quart d'heure. Aussi injection de 10 cc de novocaine à 1% qui provoque en 5 minutes un afflux de bile A, 15 cc environ en un quart d'heure, puis 60 à 80 cc de bile B et ensuite 10 cc de bile C.

Le dosage de bile au laboratoire donne deux  
sortes de bile :

|             | Bile | B       | C             |
|-------------|------|---------|---------------|
| cholestérol |      | 6 grs   | 0,70 gr o/oo/ |
| bilirubine  |      | 500 mgr | 100 mgr o/oo. |
| mucine      |      | + +     | +             |

Conclusion :

Cette malade souffre de cholecystite chronique et d'un spasme du sphincter d'Oddi. Elle a été traitée par lutogyl, dibromure d'atropine, spasmacol, gynergène caféiné + Optalidon.



OBSERVATION VIII

Soeur D..... 60 ans.

Souffre depuis 5 ans d'un syndrome migraineux.

Migraines à prédominance menstruelle. C'est une hémicranie gauche, à point de départ sus orbitaire irradiant à tout le crâne, s'accompagnant de larmoiement unilatéral de l'oeil gauche et de photophobie.

Ce syndrome ne s'accompagne jamais de fièvre, mais la malade se plaint de troubles digestifs peu précis mais d'origine biliaire et ayant commencé à la même époque que les migraines. Douleurs vagues de l'hypogastre, brûlures de l'oesophage, pesanteurs post-prandiales. Très rares nausées, pas de vomissements. Pas de constipation.

Antécédents.

Ablation d'un fibrome à 50 ans et angiome opéré plus récemment du sourcil gauche.

Radiographie : grosse vésicule atonique se vidant mal sous l'influence du repas de Boyden. Voies biliaires visibles. Tubage minuté effectué le 21/II/55.

Passage du tube après un temps de latence d'une heure. L'injection d'huile ne provoque pas le flux biliaire, et l'injection de la dose habituelle de novocaïne détermine l'arrivée de l'écoulement biliaire. Bile claire d'abord pendant 10 minutes, puis pendant plus de 20 minutes, bile B qui finit par s'éclaircir, remplacée par 5 à 6 cc de bile C et tarissement de l'écoulement.

Examen au laboratoire :

|             | Bile | A       | B       | C       |
|-------------|------|---------|---------|---------|
| cholestérol |      | 1,10 gr | 4,8 gr  | 1,2 gr  |
| bilirubine  |      | 145 mg. | 720 mg. | 206 mg. |
| Mucine      |      | +       | ++      | +       |

Conclusion :

Spasme de l'Oddi ancien (grosse vésicule). Aucune thérapeutique classique n'a d'action.



OBSERVATION IX

Mme E..... 59 ans.

Depuis quatre ans, cette malade souffre de crises de migraines, particulièrement intenses durant 2 à 3 jours, prenant tout le crâne et se terminant par de véritables crises de vomissements douloureux. Une élévation thermique à 38° termine invariablement l'accès, mais la malade est obligée par son état de fatigue de s'aliter quelques jours.

Ces crises se répètent environ tous les 8 jours, interdisant le moindre travail continu à Mme E...  
Sensibilité vésiculaire. Constipation opiniâtre pour laquelle la malade a tout pris sans résultat. Une selle tous les 4 à 5 jours avec épisodes de fausse diarrhée.

Antécédents: Ablation d'un sein il y a 4 ans, mais pas de cellules cancéreuses à l'examen anatomopathologiques.  
Hystérectomie totale la même année.

Radiographie : De l'estomac : absolument normale.  
Une opacification de vésicule et des voies biliaires, montre une vésicule hypotonique, des voies biliaires dilatées et un reflux dans les voies hépatiques. On a voulu pratiquer un tubage minuté, malheureusement malgré une attente de plusieurs heures, il a été impossible de franchir le pylore. Une nouvelle cholecystographie est alors pratiquée et montre un choléloque dilaté et une région oddienne plus resserrée. On suit sur l'écran l'absorption d'un repas de Boyden qui ne provoque pas de flux biliaire.  
La malade absorbe alors une ampoule de novocaïne et quand le liquide arrive dans le duodenum, il se produit un afflux biliaire dans le duodenum et une dilatation du sphincter d'Oddi.

Conclusion : Il apparaît bien à l'examen de cette malade qu'elle souffre de troubles fonctionnels, mais il n'est pas douteux qu'elle souffre aussi d'une hypertonicité de son sphincter d'Oddi avec crises de migraines rarement aussi fortes et qu'aucune thérapeutique n'a malheureusement pu soulager.



OBSERVATION X

Mme M..... 37 ans.

Depuis 1949, Mme M.... souffre de violentes crises de migraines, durant environ 12 heures, se reproduisant d'une manière irrégulière, non rythmée par les repas, ni le repos. Il s'agit d'émicranies gauches le plus souvent avec tension plus forte à la nuque et dans la région susorbitaire prédominance d'un côté ou de l'autre, alternativement.

Quand ces crises se déclanchent, la malade se plaint d'un état nauséux qui, au cours de la crise, finit par aboutir à quelques vomissements, que la malade qualifie elle-même d'aqueux et qui, fait primordial, provoquent immédiatement la sédation de la crise.

Remarquons que jamais Mme M ..... n'a de vomissements alimentaires. Entre les crises rien d'intéressant à signaler. Pas le moindre trouble digestif, pas de constipation. L'appétit est toujours conservé, même pendant les crises de migraines.

Il y a trois semaines, la malade a ressenti dans l'hypochondre droit une violente douleur à type de striction qui n'irradiait pas vers l'épaule droite mais lui correspondait " dans les reins".

Hospitalisée, craignant une colique hépatique cette douleur a cédé d'elle-même progressivement sans le moindre thérapeutique.

A cette époque, la température n'a jamais dépassé 37°8, mais un hémogramme pratiqué au cours de son hospitalisation nous a montré :

globules rouges : 4.850.000

globules blancs : 20.000 avec 85% de neutrophiles.

Une radiographie vésiculaire a été pratiquée. Elle montre une grosse vésicule hypotonique, qui ne se contracte pas, même au bout de 2 heures et des voies biliaires et hépatiques qui, si elles ne semblent pas dilatées, sont visibles.

Un tubage minuté est pratiqué et met en évidence un blocage de l'Oddi. Le spasme est levé par la Novocaïne.

Conclusion : Pas de thérapeutique classique efficace. Seul le gynergène fait disparaître les crises, mais dès la cessation de la médication la crise réapparaît et continue son évolution habituelle.



OBSERVATION XI

Madame Q..... 39 ans.

Se plaint depuis de très nombreuses années de troubles digestifs et de migraines :

Hémioranies gauche sus orbitaires sans larmoiement, sans photophobie. Une crise tous les deux mois environ, sans aucun rapport avec les règles.

Quelques prodromes visuels à type de scotomes. Les vomissements sont rares, mais quand ils se produisent, ils soulagent rapidement la malade.

Elle se plaint aussi de ballonnements post prandiaux, de somnolence, digestions longues avec baillements et éructations. Le moindre écart de régime augmente les malaises digestifs et déclanche, quelquefois, la crise de migraine.

Les nausées matinales sont presque journalières, un lit vésiculaire sensible est retrouvé à la palpation.

La constipation est opiniâtre (une selle tous les 7 ou 8 jours) et n'a pas été améliorée par un traitement à Châtel Guyon.

Un lavement baryté montre un léger dolichocolon et une colite bénigne du transverse.

Une radio standard des voies biliaires montre une grosse vésicule, qui, sous l'effet du repas gras se met en bille et un cholédoque dilaté. Canaux hépatiques peu visibles.

Un tubage minuté est pratiqué. L'injection d'huile d'olive ne donne rien, celle d'une ampoule de novocaïne à 1% permet de lever le spasme et un flot de bile s'écoule:

|                  | Bile A | Bile B | Bile C |
|------------------|--------|--------|--------|
| Cholestérol..... | 0,50   | 2,10   | 0,32   |
| Bilirubine ..... | 50     | 250    | 32     |

La malade est soulagée pendant quelques jours puis retour aux troubles antérieurs.



OBSERVATION XII

Monsieur C..... 36 ans

Se plaint depuis sa plus tendre enfance de migraines.

Elles débutent généralement le soir ou dans la nuit durent 3 ou 4 heures. La région sus orbitaire gauche est d'abord atteinte, puis la partie gauche de la nuque.

On ne retrouve pas de prodromes.

Larmoiement, photophobie et détachement pour tout ce qui entoure le malade, accompagnent l'hémicranie. On retrouve quelques vomissements aqueux qui, quand ils surviennent au cours de la crise, la soulagent presque toujours.

A la palpation, on trouve un point vésiculaire douloureux.

Entre les crises, les nausées, somnolence, ballonnements post prandiaux, longues digestions habituelles sont retrouvées.

L'intestin est normal, mais le malade a une fissure anale et des hémoroides.

Sa mère souffrait également de migraines.

On n'a pas pu pratiquer de cholecystographie.  
Un tubage minuté a mis en évidence un spasme de l'ODDI.

Traitement de 7 jours par Xylocaïne et Boldolive :  
Bons résultats : Aucune migraine, disparition des nausées et des vomissements. Pas de point vésiculaire, diminution du ballonnement.  
A été mis à ce traitement pour 1 mois.



OBSERVATION XIII

Madame J..... 55 ans.

Cette malade se plaint de migraines assez éloignées (une par mois environ).

Les prodromes sont à type de vertiges. La crise est une hémioranie sus orbitaire droite apparaissant brusquement et durant quelques heures, avec nausées mais sans vomissements.

Les troubles de l'intercrise prennent le dessus sur la crise elle même :

Nausées, ballonnements post prandiaux très importants, digestions très longues, somnolence.

Pas de constipation, mais colite avec douleur du colon transverse.

Selles de temps en temps décolorées; le matin langue suburrale, bouche amère et pâteuse.

Hérédité migraineuse familiale que l'on retrouve jusque chez les grands parents.

Un lavement baryté montre une inflammation du colon transverse.

La radio biliaire indique une évacuation sub normale.

Un traitement classique à la Chronicystine et Octoméline ne donne aucun résultat.

Nous avons mis la malade à la Boldolive et Xylocaïne.



OBSERVATION XIV

M. B..... 47 ans.

Souffre depuis plusieurs années de migraines qui le prennent le plus souvent le matin.

La douleur est susorbitaire, pulsative, gauche avec irradiation temporale et qui a tendance à devenir diffuse et sourde.

En même temps larmoiement et photophobie.

On retrouve quelques prodromes oculaires apparaissant peu de temps avant la crise.

Elle dure quelques heures, plus ou moins calmée par le gynergène. La répétition des crises est variable : une par semaine au moins, quelquefois plus souvent.

Cette migraine s'accompagne d'un état nauséux et très souvent le malade vomit. Vomissements aqueux soulageant assez rapidement la douleur.

Dans l'intercrise, quelques troubles digestifs sont retrouvés; digestions longues, ballonnements post prandiaux et surtout constipation opiniâtre.

Le radio montre une vésicule peu homogène, bien injectée, mais les épreuves d'élimination sont sans valeur.

Un tubage minuté est pratiqué une première fois. L'injection d'huile d'olive provoque, mais seulement au bout d'une heure d'attente, une élimination abondante de bile claire. L'injection de procaïne n'a pas été pratiquée.

Le traitement par Higalex, Chronicistine, Bellergal ne donne pas de résultats appréciables. Seul le Largactil semble avoir une action passagère et légère.



Un second tubage est pratiqué un mois plus tard. Malheureusement on ne peut franchir le pylore.

Un nouveau traitement à base de Xylocaïne à 1% et de Boldolive est institué pendant 10 jours. Repos de 3 jours et reprise pour 10 jours du traitement.

Le résultat est probant : Crises migraineuses presque complètement disparues et peu intenses.

Troubles dyspeptiques presque disparus également.



OBSERVATION XV

Madame B ..... 22 ans.

Se plaint depuis plusieurs années de migraines et de troubles digestifs.

On ne trouve pas de prodromes même immédiatement avant la crise. Elle débute brutalement, s'étendant d'abord à tout le crâne, puis se localisant à la région sus orbitaire.

La céphalalgie dure quelques heures, se produisant à peu près toutes les semaines.

En même temps, nausées, mais pas de vomissements.

Entre les crises, véritable ceinture douloureuse: avec ballonnement post prandial, somnolence et digestions longues et pénibles.

Constipation rebelle et douleur abdominale, plus précisément dans la fosse iliaque droite et cette douleur a son acmé au moment des règles.

L'interrogatoire permet de retrouver une notion de terrain migraineux chez la mère de la malade.

Un lavement baryté ne met en évidence aucune lésion intestinale.

Une radio des voies biliaires et de la vésicule montre une vésicule ptosée, bien imprégnée. Pas de lithiase. Deux heures après, mauvaise réponse au BOYDEN : vésicule se contracte peu. Les voies biliaires ne sont pas visibles.

La malade est mise pendant 10 jours à un traitement de Boldolive et de Xylocaïne :



Résultat excellent : Disparition des crises dès la première prise de médicament ainsi que des troubles digestifs associés.

Une seule fois, la malade n'a pu prendre la potion. Les crises se sont reproduites, mais sans troubles digestifs.

La malade a été mise, pour un mois, au traitement à raison de 5 prises par semaine.



OBSERVATION XVI

Soeur L..... 41 ans.

A eu une gastrectomie en 1951 pour ulcère du pylore, puis quelques mois plus tard une réintervention pour stanite.

Depuis cette époque, elle se plaint de nausées, de vomissements avec douleurs épigastriques qu'ils calment.

Un syndrome migraineux apparut immédiatement après la seconde intervention :

Migraines irrégulières, durant quelques heures, apparaissant brusquement, sans prodromes. La douleur est unilatérale, du côté gauche à prédominance sus orbitaire.

Une constipation opiniâtre accompagne le tableau. La mère de la malade était aussi une migraineuse.

Il y a un an, ictere infectieux qui dura 3 ou 4 mois.

La palpation montre une douleur vésiculaire provoquée. Il est difficile de dire si l'irradiation lombaire retrouvée est valable, la radio a montré une décalcification du rachis.

La cholecystographie montre une vésicule augmentée de volume, douloureuse, mais qui se vide bien.

Un tubage minuté a été pratiqué; passage facile de la sonde. Pas d'écoulement de bile après injection d'huile; celle de Xylocaïne provoque l'afflux biliaire.

Traitement de 10 jours de Xylocaïne et Boldolive.

Echec du traitement. La gastrectomie provoque chez la malade un véritable reflux de bile dans l'estomac.

Il semble que tout cholagogue augmente ce reflux, provoquant l'intolérance de l'estomac et les vomissements.

Donc cette malade ne peut bénéficier de notre thérapeutique, trop active pour elle.



OBSERVATION XVII

Mademoiselle C..... 23 ans.

Souffre de migraines depuis 3 ans à la suite d'une appendicectomie.

Tous les 5 ou 6 jours, elle présente une crise avec prodromes oculaires tardifs (scotomes) accompagnés de sensation de vertige. C'est une céphalalgie sus orbitaire bilatérale avec larmoiement qui d'abord pulsative, devient sourde pour durer une dizaine d'heures.

Les vomissements surviennent assez souvent, ils soulagent la crise au bout d'une demi-heure environ.

L'habituel cortège digestif complète le tableau. La constipation est constante.

La malade est orpheline.

La palpation montre, non seulement un point vésiculaire, mais une région périvésiculaire très douloureuse.

La cholelescystographie ne montre pratiquement pas d'irrégularité.

Un tubage est pratiqué.

Malheureusement la sonde ne peut pas franchir le pylore.



OBSERVATION XVIII

Soeur D..... 60 ans.

Souffre depuis 5 ans d'un syndrome migraineux.

Migraines à prédominance menstruelle.

C'est une hémicranie gauche, à point de départ sus orbitaire, irradiant en fin de crise à tout le crâne, s'accompagnant de larmoiement unilatéral de l'oeil gauche et de photophobie. Ce syndrome ne s'accompagne jamais de fièvre, mais la malade se plaint de troubles digestifs peu précis, mais d'origine biliaire et ayant commencé à la même époque que les migraines. Douleurs vagues de l'hypogastre, brûlures de l'oesophage, pesanteurs post-prandiales. Très rares nausées, pas de vomissements. Pas de constipation.

Antécédents.

Ablation d'un fibrome à 50 ans et angiome opéré plus récemment du sourcil gauche.

Radiographie : grosse vésicule atonique se vidant mal sous l'influence du repas de Boyden. Voies biliaires visibles. Tubage minuté effectué le 21/II/55. Passage du tube après un temps de latence d'une heure.

L'injection d'huile ne provoque pas le flux biliaire, et l'injection de la dose habituelle de novocaïne détermine l'arrivée de l'écoulement biliaire. Bile claire d'abord pendant 10 minutes, puis pendant plus de 20 minutes, bile B qui finit par s'éclaircir, remplacée par 5 à 6 cc de bile C et tarissement de l'écoulement.

Examen au laboratoire :

|             | Bile A  | B       | C       |
|-------------|---------|---------|---------|
| Cholestérol | 1,10 gr | 4,8 gr  | 1,2 gr  |
| Bilirubine  | 145 mg. | 720 mg. | 206 mg. |
| Mucine      | +       | ++      | +       |

Conclusion :

Spasme de l'Oddi. Aucune thérapeutique classique n'a d'action.

La malade est mise à un traitement de Boldolive et Xylocaïne pendant 10 jours, puis période de repos de 10 jours et renouvellement de la cure. Les crises sont plus espacées et moins violentes.



OBSERVATION XIX

M. P..... 28 ans.

Souffre depuis quelques années de crises de migraines assez espacées avec troubles digestifs, plus particulièrement hépatiques ou biliaires.

Brusquement, il y a un mois, sans raisons apparentes, les crises se multiplient au point d'être journalières, de s'accompagner de vomissements abondants et nombreux qui fatiguent énormément le malade. En même temps, il se plaint d'un point vésiculaire très douloureux qui ne le quitte pour ainsi jamais.

Pas d'antécédents migraineux, pas de prodromes.

Aucun traitement classique ne soulage ce malade.

Nous lui pratiquons, tant dans un but de diagnostic que thérapeutique un tubage duodénal :

difficilement  
Sonde franchit le pylore. L'huile d'olive amène un écoulement peu abondant de bile. A. Une ampoule de novocaïne déclanche l'élimination d'une bile claire, transparente, jaune d'or ( au moins 100 cc). Pas de bile B. L'injection d'une deuxième ampoule de procaïne ne donne toujours pas de bile B.

Une radio a également été pratiquée : Pas de calculs visibles. Vésicule non visible, pas d'évacuation après repas gras de BOYDEN. Le canal cystique est tortueux, le cholédoque normal. (Résultat après opacification par Télépaque, ensuite par Biliselectan).

Le tubage a soulagé le malade trois jours mais la douleur restait, puis les vomissements reprirent.

A deux reprises, par périodes de cinq jours nous avons donné au malade cinq ampoules d'huile d'olive xylocaïnée. Immédiatement les vomissements ont cessé, malheureusement la douleur vésiculaire a persisté. Un autre essai a été tenté avec l'association BOLDOLIVE et Xylocaïne. Ici aussi les vomissements disparaissent, mais la douleur persiste.

Aussi nous avons envoyé le malade consulter en chirurgie.



Sans que l'action de la mixture cocaïnée soit aussi nette que sur le spasme du sphincter d'ODDI, il ne semble pas falloir passer sous silence son effet sur la musculature du canal cystique. Elle paraît, si nous nous en rapportons aux deux dernières observations, capable de soulager un malade atteint de dystonie cystique.

Ceci est dû au fait qu'il doit exister un jeu reflexe entre le sphincter d'ODDI et celui de Lutkens. De plus une dyskinésie cystique peut entraîner une prolongation de l'ODDI fermé et l'anesthésique en relachant le sphincter de Lutkens seul, peut provoquer le relachement oëdien.



S T A T I S T I Q U E.

A la suite de ces observations et de cet essai de traitement, que **pouvons nous** déduire ?

Nous avons pratiqué dans le service de notre Maître ROBERT une cinquantaine de tubages minutés duodénaux.

TRENTE et UN cas ont porté sur des syndromes migraigneux d'origine digestive.

VINGT DEUX FOIS, cette méthode a donné lieu à la découverte d'un spasme du sphincter d'ODDI levé d'une façon spectaculaire par la simple prise de novocaïne, injectée dans la sonde duodénale.

Parmi les NEUFS cas rebelles,

- CINQ étaient atteints d'un spasme du cystique,
- DEUX d'atonie vésiculaire simple,
- les DEUX autres de syndromes plus complexes où le facteur vagotonique jouait le plus grand rôle.

Sur les VINGT DEUX malades restant DIX SEPT souffraient de crises de migraines plus ou moins espacées et de troubles dyspeptiques.

Les cinq autres se plaignaient de troubles dyspeptiques seuls.

C'est donc dire qu'il y a entre hypertonie oddienne et migraine un rapport qui est loin d'être illusoire.



Au point de vue traitement notre expérimentation a porté sur VINGT cas traités par deux méthodes :

- DOUZE malades ont été soumis à un traitement par l'huile xylocaïnée préconisées par notre Maître ROBERT,
- HUIT par l'association xylocaïne + Boldolive.

Sur les DOUZE cas traités par l'huile xylocaïnée,

- SIX résultats sont excellents et durables,
- UN malade, après un début prometteur ne réagissait plus au traitement au bout de 3 mois.
- UN échec complet chez un malade atteint de sclérose du sphincter.
- DEUX malades ont été perdus de vue après un début de traitement encourageant.
- DEUX autres ont vu leurs crises de migraines disparaître pour faire place à une douleur vésiculaire qui n'existait pas avant le début du traitement.

Parmi les malades soumis à la Xylocaïne associée à la Boldolive :

- CINQ, dès la première prise de la potion ont été soulagés de leurs troubles migraineux et dyspeptiques. Le résultat durait toujours au bout de quelques mois.



Chez UN malade des crises de vomissements se sont produites, qui ont fait interrompre le traitement.

- DEUX autres n'ont eu qu'une amélioration passagère de leurs troubles digestifs.

Enfin notons la disparition chez un sujet atteint d'hypertonie du cystique, de vomissements quotidiens et rebelles à tout traitement médical. Malheureusement le traitement a été impuissant à faire disparaître une douleur vésiculaire qui existait auparavant.

Le troisième essai que nous voulions entreprendre avec le sirop de lecithine n'a pas été tenté, en raison de la mauvaise conservation des lécithines en solution huileuse et de la difficulté de faire préparer une telle potion.

---



IV PARTIE - C O N C L U S I O N

---



Au terme de cette brève étude et sans vouloir écarter les diverses étiologies de la migraine digestives, il nous paraît, au vu des faits cliniques que nous avons essayé de grouper, que la dyskinésie biliaire, provoquée par le spasme du sphincter d'ODDI, est une des causes principales de cette migraine.

Nous nous sommes efforcés de mettre en évidence les points marquants qui doivent nous permettre :

1°/ d'en poser le diagnostic;

a) Importance primordiale du tubage minuté pour le diagnostic d'hypertonie Oddienne;

b) Méthode radiologique issue de l'enseignement de l'épreuve proposée par VARELA FUENTES.

2°/ de préconiser, au point de vue thérapeutique, un médicament cholagogue et anesthésiant par contact, susceptible de compléter un traitement classique et aussi de soulager à lui seul des malaises sur lesquels une thérapeutique habituelle n'agit plus.

( Nous tenons cependant à préciser que le traitement indiqué ne devra être appliqué qu'après avoir acquis la preuve formelle, par l'injection d'anesthésique, qu'il s'agit bien d'un spasme du sphincter d'ODDI).



Sous cette réserve, des troubles assez variés relèvent de ce traitement, vertiges, vomissements, douleur sous costale et hypocondriaque droite avec ou sans irradiation scapulaire ou vertébrale, dyspepsie biliaire, mais nous pensons que c'est surtout dans les migraines digestives que l'on pourra obtenir les résultats les plus efficaces.

Lire que la méthode préconisée peut être considérée comme définitive serait sans doute excessif, mais avec notre Maître ROBERT nous pouvons conclure, que si " elle a encore besoin de " " précisions dans ses indications, elle peut être considérée " " comme représentant une amélioration du tubage thérapeutique " " par sa facilité et par son action sur le spasme."

---



B I B L I O G R A P H I E

- Actualités pharmacologiques 1949 : R. HAZARD. La procaine.
- Archives des maladies du tube digestif et de la nutrition :  
P.E. ROBERT Mai 52 - Tome 4I n° 5.
- Archives des maladies du tube digestif et de la nutrition.  
P.E. ROBERT, BUGIEL et OLIVIER Novembre 1952; Tome 4I; n° II.
- Archives des maladies du tube digestif et de la nutrition.  
J. VARELA LOPEZ, R. VARELA FUENTES, G. MARTINEZ PRADO 1950,  
Tome 39 Pages 797 - 810.
- Archives des maladies du tube digestif et de la nutrition :  
CAROLI, BLOCH et LAFFITE 1936 Tome 25, page II88.
- Archives des maladies du tube digestif et de la nutrition -  
G. ALBOT 1952, Tome 4I, Page I45.
- Archives des maladies du tube digestif et de la nutrition.  
R. LAMBLING et J.R. GOSSET Tome 40 - 195I page 48.
- Contribution à l'étude physiopathologique du rôle du foie  
dans les migraines. CAROLI, PARAF et ALLIOT.
- La crise de migraine. J. SEDILLOT.
- Maladies du foie, des voies biliaires et du pancréas : CACHERA,  
CAROLI, BOLGERT.
- Les migraines, étude pathogénique, clinique et thérapeutiques  
PASTEUR VALLERY RADOT et J. HAMBURGER.
- La semaine des hôpitaux :  
n° 47 - 1955 - p. 26I4  
n° 3 - 1955 - p. 203



- Sphincter vésiculaire et diskinésies vésiculaires MERCADIER.
  - Procaïne orale et Ulcère gastrique - FILIPPI - L'Hôpital -  
Juin 1952 p. 220
  - Encyclopédie médico-chirurgicale : Les migraines p.J. HAGUENAU  
et WEIL
  - La Xylocaïne : C. ERPELDING.
- 

Vu, le Doyen :

B I N E T

Vu le Président de Thèse :  
Professeur de Clinique des maladies  
infectieuses

P. M O L L A R E T.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de PARIS

S A R R A I L H

